
.Net
La faculté
Seek Knowledge





Comite pédagogique de pneumologie
Année 2012/2013 (2ème période)

Du 11 Novembre 2012 au 20 Décembre 2012



CAS CLINIQUE N° 1

Un jeune homme âgé de 24 ans, étudiant, consulte pour dyspnée, toux et expectoration purulente évoluant depuis 2 jours ; il rapporte par ailleurs plusieurs épisodes de gêne respiratoire avec sifflements survenant 2 à 3 fois par mois depuis 2 ans.

Le patient est conscient, agité, reprend sa respiration après chaque mot.

L'examen retrouve : un tirage sus-sternal et intercostal ,FR : 32 cycles/min, FC : 130 bat/min, DEP : 180 l/min (théorique = 600 l/min), SpO2 : 89%

A l'auscultation pleuro-pulmonaire : présence de râles sibilants diffus aux 2 champs pulmonaires.

1. Quel diagnostic retenez-vous ?
   - A. Crise d'asthme légère
   - B. Crise d'asthme modérée
   - C. Crise d'asthme sévère
   - D. Asthme aigu grave
   - E. Exacerbation d'asthme.

C

2. En plus de l'oxygénothérapie, ce patient nécessite en urgence le traitement suivant :
   1. Bronchodilatateurs de courte durée d'action en nébulisation
   2. Anti cholinergique de courte durée d'action en nébulisation
   3. Bronchodilatateurs de courte durée d'action en sous cutané
   4. Corticothérapie par voie parentérale
   5. Théophylline en perfusion

A

Réponses : A : 1+4 B : 1+3 C : 2+3 D : 4+5 E : 3+4

Après 12 heures de traitement et de surveillance, le patient s'améliore discrètement ; on note une diminution de la dyspnée avec persistance du tirage et des râles sibilants bruyants.

FR : 28 cycles/min, FC : 110 bat/min, DEP : 300 l/min. 50%

3. Vous décidez de :
   A. Libérer le patient avec une ordonnance
   B. Hospitaliser le patient dans un service de pneumologie
   C. Hospitaliser le patient dans une unité de soins intensifs
   D. Continuer la surveillance clinique et fonctionnelle.
   E. Orienter le patient vers une unité de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires.

4. Quels sont les paramètres de surveillance :
   A. Le DEP
   B. La fréquence respiratoire
   C. La fréquence cardiaque
   D. La saturation en oxygène
   E. Toutes ces propositions sont justes

5. Ce patient est confié à son médecin traitant avec une ordonnance qui comporte :
   1. Corticothérapie orale en cure courte et bronchodilatateur de courte durée d'action
   2. Corticothérapie orale au long cours
   3. Antibiothérapie
   4. Association d'un corticoïde inhalé avec un bronchodilatateur de longue durée d'action
   5. corticoïde inhalé

   A : 2+5 B : 1+5 C : 3+4 D : 2+3 E : 1+3

CAS CLINIQUE N° 2 :

Homme âgé de 68 ans, retraité, fumeur 40 paquets/an, hypertendu, consulte aux urgences pour aggravation de sa gêne respiratoire.

Ce patient est suivi depuis 05 ans pour une dyspnée d'effort et mis sous Bêtamimétique de longue durée d'action.

A l'arrivée, le patient est conscient, présente une cyanose des extrémités, une dyspnée au moindre effort .

Taille :1,70m, Poids : 65 kg, FR :32c/min, FC :120 bat/min, TA : 160/100mmHg, T° : 37,2°c.

L'examen pleuro pulmonaire retrouve un thorax distendu, un tirage sus sternal, des râles sibilants diffus aux 02 champs pulmonaires.

L'examen cardiovasculaire révèle un rythme cardiaque régulier, il n'existe pas de souffle ni bruits surajoutés, ni de signes d'insuffisance cardiaque droite.

La radiographie thoracique révèle un élargissement des espaces intercostaux, un aplatissement des coupoles diaphragmatiques et une hyperclarté pulmonaire bilatérale.

6. Vous demandez en urgence :

1. FNS + équilibre leucocytaire
2. ECG
3. Gazométrie sanguine
4. Echographie cardiaque
5. Dosage des D-Dimères.

Réponses : A. 1+2 B. 2+3 C. 1+5 D. 2+5 E. 1+4

Les résultats des examens complémentaires montrent :

- FNS: GB = 10.000/mm3 (PN:81% L:14%;M: 3%; B:2%; E: 0%) Hb :14 g/dl, Hte : 52%

GR : 5M/mm3..Gaz du sang : PH =7,40 ; Pa02 = 55mmHg ; PaC02= 44mmHg,

HCO3=37mmol/l ; Sa02 = 88%. ECG : Rythme sinusal. Bloc de branche droit incomplet

- Echocardiographie : Hypertrophie ventriculaire droite .PAPS = 35 mmHg.

- D. Dimères négatifs.

7. Devant ce tableau radio-clinique et les résultats des examens complémentaires, vous retenez le diagnostic suivant :
   A. Exacerbation de BPCO probable
   B. Crise d'asthme sévère
   C. Embolie pulmonaire
   D. OAP cardiogénique
   E. Insuffisance cardiaque globale

8. En plus de l'oxygénothérapie, vous décidez de prescrire le traitement suivant :

1. Bêtamimétique de courte durée d'action en nébulisation
2. Diurétiques
3. Corticoïdes
4. Tonicardiaques et digitaliques
5. Anticoagulants

Réponses : A. 1+5 B. 1+3 C. 1+4 D. 2+3 E.3+5

9. Après amélioration de l'état clinique, ce patient bénéficiera pour confirmer le diagnostic évoqué, l'examen suivant :
   A. TDM du thorax
   B. Spirométrie
   C. Radiographie thoracique de contrôle
   D. Gaz du sang artériel.
   E. Test de marche de 6 minutes

CAS CLINIQUE N° 3 :

Patient âgé de 35 ans, tailleur de pierre depuis 8 ans ,fumeur à raison de 05 paquets/an . consulte pour toux et expectoration muqueuse évoluant depuis 3 ans avec dyspnée d'effort d'aggravation progressive. . L'examen physique : patient en état général conservé.

Pds :64 kg, T :1m70, T° :37°c, FR :20 c/', FC :90 Batts/mn. On note la présence d'un hippocratisme digital.

A l'examen pleuro pulmonaire : râles crépitants aux 2 champs pulmonaires.
Le reste de l'examen est sans anomalie.
Radiographie thoracique de face : Opacités nodulaires et micro nodulaires bilatérales très denses aux 2/3 supérieurs des champs pulmonaires .

10. Devant ce tableau radio-clinique, vous évoquez le diagnostic suivant :

A. Asbestose
B. Sidérose
C. Barytose
D. Anthracose
E. Silicose

11. Quel sont les éléments essentiels qui vous ont permis d'évoquer ce diagnostic :

1. Notion de tabagisme
2. L'exposition professionnelle
3. La symptomatologie clinique
4. L'examen physique
5. L'image radiologique

Réponses : A : 2 + 3 B : 2 + 4 C : 1 + 3 D. 2 + 5 E : 3 + 4

12. Vous décidez de réaliser les examens complémentaires suivants afin de confirmer ce diagnostic :

1. Recherche de corps asbestosiques
2. Fibroscopie bronchique et lavage broncho-alvéolaire
3. Spirométrie
4. Gaz du sang
5. TDM thoracique

Réponses : A. 1+3 B. 2+3 C. 3 + 5 D. 1+4 E. 2+5

Les résultats de ces examens vous parviennent :

- La recherche de corps asbestosiques est négative
- La fibroscopie bronchique retrouve un aspect inflammatoire diffus de la muqueuse bronchique.

LBA : Macrophages : 90%
Neutrophiles : 3%
Eosinophiles : 1%
Lymphocytes : 6%

Gaz du sang : PH : 7,42 ; PaO2 : 85mmhg ; PaCO2 : 37mmhg ; SaO2 : 90% ; HCO3 : 18meq/l

Spirométrie : CV observé : 2,5 l (théorique :4,5 litres)
VEMS observé : 2,88 l (théorique : 5 litres)

TDM thoracique :images nodulaires très denses prédominant dans les lobes supérieurs .Présence d'adénopathies calcifiées de 1 cm de diamètre en sous carinaire .

13. Les résultats de la spiromètrie vous évoquent :

A. Un syndrome ventilatoire obstructif
B. Un syndrome ventilatoire restrictif
C. Un syndrome ventilatoire mixte à prédominance restrictif
D. Un syndrome ventilatoire mixte à prédominance obstructif.
E. Un syndrome de distension

14. Ce patient est déclaré en maladie professionnelle, vous décidez de :

A. Prescrire une corticothérapie per os
B. Prescrire un traitement immunosuppresseur
C. Prescrire une oxygénothérapie de longue durée
D. Prescrire des bronchodilatateurs de longue durée d'action
E. Prescrire des anticoagulants

CAS CLINIQUE N° 4.

Femme âgée de 48 ans, aux antécédents de sclérodermie évoluant depuis plus de 10 ans, consulte pour toux sèche et dyspnée d'effort d'aggravation progressive depuis deux ans.

On note une notion d'automédication :un antitussif dérivé de la pholcodine .

L'examen physique retrouve une patiente consciente, présentant une cyanose péribuccale et un hippocratisme digital

Poids : 65 kg, taille :1,55m, BMI :27kg/m2, FR : 32 c/min, FC : 120 bat/mn,

TA : 130/80mmHg, T° : 38,5°c, Sa02 : 82%.

L'examen pleuro pulmonaire objective des râles crépitants diffus aux 2 champs pulmonaires.

L'examen cardiovasculaire retrouve un rythme cardiaque régulier et rapide. Pas de signes d'insuffisance cardiaque droite.

La radiographie du thorax montre des opacités réticulo-nodulaires diffuses aux 02 champs pulmonaires.

15. Vous demandez en urgence les examens suivants :

1. Gaz du sang
2. Dosage des D. dimères
3. FNS + équilibre leucocytaire
4. échocardiographie
5. TDM thoracique

Réponses : A : 2+5 B : 1+3 C : 1+4 D : 4+5 E : 3+4

Les résultats vous parviennent :
- Gaz du sang : PaO2 = 57mmHg, PacO2 = 33 mmHg, PH = 7,36, SaO2 = 83%
HCO3 = 36 mEq/l.
- FNS = GB = 5000 élts/mm3 (PN:70%,L:20 M:5%, B:1%, E:4%),
GR = 3 Millions, Hb = 12 g/dl.
- D. Dimères : négatifs
- TDM thoracique : opacités réticulaires et micronodulaires associées à des images en rayon de miel bilatérales prédominant aux deux bases .

16. Ce tableau vous évoque une exacerbation dont l'origine est probablement :

A. Virale
B. Bactérienne
C. Iatrogène
D. Cardiaque
E. Du à l'aggravation de sa maladie

17. Quelle sera votre conduite à tenir en urgence :

1. Une oxygénothérapie à fort débit
2. Une oxygénothérapie à faible débit
3. Une corticothérapie parentérale
4. Des diurétiques
5. Un traitement antibiotique

Réponses : A : 1+4 B : 2+3 C : 1+3 D : 4+5 E : 2+5

CAS CLINIQUE 5 :

Homme âgé de 72 ans, ancien maçon, fumeur 45P/an, aux antécédents de tuberculose pulmonaire traitée à l'âge de 25 ans et déclaré guéri, présente une toux productive survenant chaque hiver depuis plus de 05 ans, ainsi qu'une dyspnée d'effort grade II de la NYHA.

L'examen physique retrouve un patient conscient, eupneique au repos.

FR = 20 C/min, FC = 76 b/min, TA = 130/70 mmHg, spO2= 92 %. L'auscultation pulmonaire révèle un murmure vésiculaire bien perçu aux 02 champs pulmonaires.

Le reste de l'examen physique est normal.

La radiographie du thorax de face montre un thorax distendu, avec hyperclarté diffuse, présence d'opacités nodulaires très denses au niveau de l'apex du poumon droit.

18. Ce tableau radio-clinique vous évoque le diagnostic de :
    A. Bronchite chronique.
    B. Broncho-pneumopathie chronique obstructive
    C. Tuberculose pulmonaire.
    D. Asthme bronchique.
    E. Broncho-pneumopathie d'origine professionnelle

19. Le diagnostic est assuré par l'examen suivant :
    A. EFR avec test de réversibilité aux bêtamimétiques
    B. Fibroscopie bronchique.
    C. Examen direct des crachats à la recherche de BK
    D. FNS avec équilibre leucocytaire
    E. Gazométrie sanguine

Les résultats vous parviennent :

EFR : VEMS observé : 1,23 L. (Théorique : 2,62 L.). Après Bêtamimétiques : 1,25 L.

CVF observé : 2.40 L. (Théorique : 3.48 L.). Après Bêtamimétiques : 2,43 L.

- Fibroscopie bronchique : inflammation diffuse de la muqueuse bronchique.
- 3 examens des crachats à la recherche de BK sont négatifs. cultures en cours.
- FNS : GB=7000élts /mm3 (PN :65%, L :22% M :5%, B :5%,E :3%) ; GR : 4M ; HB : 14g/dl
- Gazométrie : PH : 7,42 - PaO2 : 85mmhg – PaCO2 : 34mmhg
  HCO3 : 28 meq/l

20. Votre attitude sera la suivante :
    1. Sevrage tabagique
    2. Corticoïdes inhalés + bronchodilatateurs de longue durée d'action.
    3. 2 RHZE / 4 RH.
    4. bronchodilatateur de longue durée d'action
    5. Oxygénothérapie de longue durée

Réponses : A :1+2 B :3+5 C :4+5 D :1+4 E :1+5

CAS CLINIQUE N° 6

Patient âgé de 47 ans, menuisier de profession, sans antécédents particuliers, consulte pour une symptomatologie apparue il y a 4 jours, faite d'une toux sèche, avec douleur basi thoracique droite et fièvre.

L'examen physique retrouve un patient en état général conservé, Poids :73kg, Taille :1.75m , T°:39°c, FR :27 c/mn, FC :98 b/mn et TA :110 /60 mmhg, à l'examen pleuro pulmonaire : révèle une matité, une abolition des vibrations vocales et du murmure vésiculaire dans la région sous scapulaire droite ; présence d'une plaie en voie de cicatrisation au niveau du pied gauche.

La radiographie thoracique de face montre une opacité dense et homogène de la moitié inférieure de l'hémithorax droit, la limite externe est confondue avec la paroi thoracique, la limite interne est concave en haut et en dedans, la limite inférieure efface la coupole diaphragmatique, et comble les culs de sac costo-diaphragmatique et cardio-phrénique.

21. Quels sont les examens complémentaires à réaliser dans le cadre de l'urgence ?

1. FNS+ Hémocultures
2. Sérologie virale
3. Ponction pleurale exploratrice avec examen biochimique et cyto-bactériologique
4. IDR à la tuberculine
5. Radiographie thoracique de profil

Réponses A. 1 + 3 B. 3 + 4 C. 3 + 5 D. 1+ 5 E. 2+4

Les résultats vous parviennent :

FNS: GB 19.000/mm3 (PN :80 %, L :15%, M :4%, B :0% , E :1%), GR :4 millions /mm3, Hb: 13g/dl, Htc: 37 % , Plq : 250.000/mm3 . 3 hémocultures : négatives, Sérologie virale : prélèvement sanguin fait le premier jour deuxième prélévement prévu au 15ème jour d'évolution de la maladie

L'IDR à la tuberculine : 09 mm, la ponction pleurale a ramené un liquide trouble avec un taux de protides à 40 g/l, l'étude cytologique : 80 % polynucléaires neutrophiles dont la majorité sont altérés et 20 % lymphocytes, l'étude microbiologique à la recherche de germes banaux est négative à l'examen direct, cultures en cours.

La radiographie thoracique de profil montre une opacité de la moitié inférieure de l'hémithorax droit comblant les culs de sac antérieur et postérieur, effaçant la coupole diaphragmatique à limite supérieure concave en haut et en dedans.

22. Il s'agit très probablement d'une pleurésie d'origine :

A. Bactérienne
B. Virale
C. Germes anaérobies
D. Bacille tuberculeux
E. Mycosique

23. La culture du liquide pleural a révélé un cocci agencé en grappe de raisin prenant la coloration Gram, l'antibiogramme montre une sensibilité aux antibiotiques naturellement actifs. Quel est le germe responsable ?

A. Heamophilus influenzae
B. Staphyloccocus doré
C. Bacterioide fragilis
D. Streptococcus pneumoniae
E. Klebsiella pneumoniae

24. Vous décidez de prescrire la thérapeutique suivante :

A. Cefotaxime + gentamicine + ponctions pleurales
B. Amoxicilline + gentamycine + ponctions pleurales
C. Oxacilline + gentamycine + drainage pleural
D. Amoxicilline et acide Clavulanique + ponctions pleurales
E. Pénicilline G + métronidazole + drainage pleural.

CAS CLINIQUE N° 7

Patient âgé de 64 ans, fumeur 20 P/A, consulte pour altération de l'état général, toux productive avec crachats purulents et fièvre depuis 48 heures.

A l'interrogatoire : notion d'une toux sèche avec fièvre pendant 7 jours, traitée par un antibiotique pendant trois jours mais sans amélioration.
L'examen physique retrouve un patient en mauvais état général, Poids : 68kg, Taille : 1.66m, T° :39,5° C, FR : 32/mn, FC : 100bats/mn TA : 130/70mmhg. A l'examen pleuro- pulmonaire présence de quelques râles crépitants avec sub-matité de la moitié inferieure de l'hémi-champs pulmonaire droit ; l'examen de la cavité buccale retrouve de multiples caries dentaires. Le reste de l'examen physique est normal.
La radiographie thoracique de face montre une image ronde de 5 cm de diamètre faite d'une opacité surmontée d'une clarté, séparée d'elle par un niveau horizontal, et siégeant dans la moitié inférieure du poumon droit.

25. Ce tableau radio-clinique évoque le diagnostic suivant :

A. Néoplasie bronchique excavée
B. Hydro-pneumothorax droit
C. Abcès du poumon droit
D. Kyste hydatique rompu du poumon droit
E. Tuberculose pulmonaire cavitaire

26. Quels sont les examens à réaliser pour étayer le diagnostic?

1. Examen cytobactériologique de l'expectoration
2. FNS+ hémocultures
3. Recherche de BK dans les crachats
4. Fibroscopie bronchique avec aspiration protégée
5. Sérologie hydatique

Réponses : A : 1+5 B : 2+3 C : 3+4 D : 2+4 E : 1+3

Examen cytobactériologique de l'expectoration n'a pas isolé de germes pathogènes FNS : GB : 21000/mm3 (PN : 83%, L : 13%, E : 3%, B : 1%, M : 0%), Hb : 12 g/dl, Plq : 250.000/mm3 ; Hémocultures : négatives, recherche de BK dans les crachats est négative, fibroscopie bronchique : aspect inflammatoire de l'arbre bronchique droit, l'aspiration bronchique : absence de germes à l'examen direct, culture en cours. Sérologie hydatique: 1/32e à l'hémagglutination indirecte

27. Devant ce tableau radio clinique et les résultats des examens complémentaires, vous décidez de prescrire le traitement suivant :

A- Methicilline + gentamycine
B- Amoxicilline et acide clavulanique + gentamycine
C- Fluoroquinolone + gentamycine
D- Céphalosporine 3ème génération + métronidazole
E- Pénicilline G + métronidazole

28. La durée de l'antibiothérapie sera de :

A. 15 jours
B. 3 semaines
C. 4 semaines
D. 3 à 4 semaines
E. 6 à 8 semaines

29. Dans l'immédiat, Quelles sont les autres mesures à faire?

1. Sevrage tabagique
2. Soins dentaires
3. Drainage pleural
4. Drainage de posture
5. Vaccination antigrippale

Réponses : A : 2+5 B : 2+4 C : 3+5 D : 1+5 E : 1+4

CAS CLINIQUE N° 8 :

Patient âgé de 43 ans, père d'un enfant de 6 ans et suivi pour diabète type 2 sous hypoglycémiants oraux, présente depuis plus de trois semaines un syndrome fébrile et une toux productive muco purulente, un amaigrissement de 5 Kg.

Il rapporte la notion de prise d'antibiotique :Amoxicilline 2g/j pendant 7 jours, aucune amélioration clinique n' a été constatée selon le malade .

L'examen physique : patient en état général moyen, Poids : 59 kg, Taille : 1.70m, T°: 38.7°c, FC : 100 b/mn, FR : 20 cycl/mn, TA: 100/50 mmhg .L'examen pleuro-pulmonaire est sans anomalie.

La radiographie thoracique de face révèle une clarté de 2 cm de diamètre entourée d'une paroi de 5 mm d'épaisseur, de siège sous claviculaire droit, cette clarté est entourée de multiples opacités micronodulaires peu denses.

30. Quels examens allez-vous demander en priorité ?

1- Recherche de germes banaux dans les crachats

2- FNS

3- Glycémie à jeun

4- Une IDR à la tuberculine

5- Recherche de BK à l'examen direct des crachats

Réponses : A : 1+ 3 B : 2 +3 C : 2+5 D : 4+5 E : 3+5

Les résultats des examens complémentaires montrent :

Une flore polymorphe dans les crachats

FNS: GB : 10 000 elts/mm3 (PN: 75 %, L:20%, M:4%, B:1% , E:1%) ,

Hb: 11 g/dl , Plq : 250.000/mm3; Glycémie à jeun: 2,5 g/l , IDR à la tuberculine: 8 mm

L'examen direct des crachats : 0BAAR /300 champs, 40BAAR /300 champs, 45BAAR /100 champs

31. Quels sont les éléments, dont vous tiendrez compte avant de débuter votre thérapeutique ?

1. La notion de vaccination BCG
2. L'âge du malade
3. Le poids du malade
4. La chimie des urines
5. La prise d'antibiotique

Réponses : A : 1+2
B : 1+3
C : 2+4
D : 3+4
E : 4+5

32. Vous décidez de prescrire le traitement suivant :

A- 3cp de RHZ (150/75/400) pendant 2 mois /4 RH+ insulinothérapie

B- 3cp de RHZE (150/75/400/275) pendant 2 mois /4 RH+ insulinothérapie

C- 4cp de RHZ (150/75/400) pendant 2mois /4 RH + insulinothérapie

D- 4cp de RHZE (150/75/400/275) pendant 2mois /4 RH + insulinothérapie

E- 4cp de ERHZ (75/50/400/275) pendant 2mois /4 RH + insulinothérapie

Au bout de 15 jours de traitement antituberculeux, le malade présente un ictère cutanéo muqueux généralisé

33. Votre attitude en urgence est de:

1- Arrêter le traitement antituberculeux

2- Diminuer la dose des différents antituberculeux

3- Demander les transaminases

4- Continuer le traitement antituberculeux

5- Faire une sérologie hépatique

Réponses : A : 1+ 3 B : 1+5 C : 3+4 D : 2+5 E : 3+5

34. Les personnes en contact avec le malade sont la mère âgée de 75 ans, l'épouse âgée de 35ans, et l'enfant de 6 ans. Le dépistage familial doit comprendre en plus de l'examen clinique :

1. IDR à la tuberculine à tous les sujets contacts
2. Tubage gastrique pour l'enfant
3. Radiographie thoracique à tous les membres de la famille
4. Recherche de BK dans les crachats pour les adultes
5. IDR à la tuberculine chez l'enfant

Réponses : A : 1+ 2 B : 1 +3 C : 2+3 D : 4+5 E : 3+5

Examens complémentaires de dépistage chez l'enfant : radiographie thoracique de face normale , IDR à la tuberculine à 22 mm, avec présence d'une cicatrice vaccinale au BCG

35. Que décidez-vous de faire ?

A- Amoxicilline 35mg/kg/j en per os pendant 7 jours

B- Chimio prophylaxie à l'Isoniazide (5 mg/kg/j) pendant 6 mois

C- Abstention, l'enfant doit être revu en cas d'apparition de symptômes respiratoires

D- Revacciner l'enfant au BCG

E- 2RHZ/4RH

CAS CLINIQUE N° 9

Patient de 28 ans, prisonnier, fumeur 10 P/A, et sans antécédents pathologiques, consulte pour douleurs thoraciques gauches, toux sèche et dyspnée d'effort évoluant depuis 1 mois dans un contexte fébrile

- L'examen physique retrouve un patient en mauvais état général, Poids :72kg, Taille :1,81m FR: 24 c /min, FC:100 bat/min, T° : 38.2°c,

L'examen pleuro pulmonaire retrouve aux 2/3 inférieurs de l'hémithorax gauche une diminution de l'ampliation thoracique à l'inspection, abolition des vibrations vocales à la palpation, matité à la percussion, et abolition du murmure vésiculaire à l'auscultation.

Radiographie thoracique de face : opacité dense , homogène des 2/3 inferieurs de l'hémithorax gauche, comblant les culs sac costo-diaphragmatique et cardio-phrénique, la limite supérieure de l'opacité est nette concave en haut et en dedans, sa limite interne efface le bord gauche du cœur.

36. Quel est l'examen complémentaire que vous demandez en priorité?

A. FNS
B. Examens des crachats à la recherche de BK
C. Radiographie thoracique de profil
D. Ponction pleurale pour étude cyto bactériologique et chimique du liquide
E. IDR à la tuberculine

Les résultats des examens complémentaires montrent :

FNS : GB= 5000élts/mm3 (PN:75 % , L:22 % , B: 1 % , E: 1 %, B: 1%), GR= 5 millions/mm3 , Hb= 10,7 g/dl, Plq: 150.000/ mm3. Recherche de BK à l'examen microscopique des crachats : négative

Radiographie thoracique de profil montre une opacité de siège postérieure, dense homogène qui comble les culs sacs costo diaphragmatique et cardio phrénique.

La ponction pleurale ramène un liquide jaune citrin, Protide : 40 g/L, cytologie : 80% lymphocytes, 20% de polynucléaires neutrophiles, absence de germes banaux, recherche de BK à l'examen direct est négative, culture en cours. IDR à la tuberculine : 18mm

37. Afin d'étayer le diagnostic étiologique, quels autres examens complémentaires demanderez vous ?

A. Radiographie thoracique de contrôle après ponction pleurale évacuatrice
B. Fibroscopie bronchique
C. Hémocultures
D. Biopsie pleurale
E. Tubage gastrique

Les résultats des examens :

La radiographie thoracique de contrôle: pas de lésion parenchymateuse, fibroscopie bronchique normale, hémocultures négatives, biopsie pleurale : présence de cellules géantes multi nucléés, des cellules épithélioïdes et une couronne de lymphocytes, disposées en follicules ; au centre de cette lésion existe un matériel amorphe, acellulaire, éosinophile.

38. Après un bilan pré thérapeutique, vous décidez de donner le traitement suivant :

A- 2RHZE /4RH + ponctions pleurales évacuatrices

B- Corticothérapie per os + ponctions pleurales évacuatrices

C- 2RHZ /4RH + ponctions pleurales évacuatrices+ Kinésithérapie respiratoire

D- Amoxicilline 3g/j + drainage pleural

E- 2RHZ /4RH + ponctions pleurales évacuatrices+ corticothérapie per os + Kinésithérapie respiratoire

CAS CLINIQUE N° 10

Homme de 49 ans ; enseignant de profession, hypertendu sous bêtabloquant, fumeur 45 P/A. consulte pour une toux sèche ,fièvre , douleur basithoracique droite et asthénie profonde remontant à deux jours.

L'examen clinique retrouve un état général altéré, pâleur cutanéo muqueuse, FR : 24 cycles /min , T° :39°C , FC : 86 bat /min , TA : 120/70 mm hg. Poids : 60 Kg, taille : 170 cm.

L'examen pleuro-pulmonaire retrouve une matité à la palpation et des râles crépitants à l'auscultation de la moitié supérieure du champ pulmonaire droit. La radiographie thoracique de face objective une opacité dense, homogène de la moitié supérieure du poumon droit avec la présence en son sein de clartés tubulées, la limite inférieure est nette régulière et horizontale, médiastin en place.

39 Devant ce tableau radio-clinique, le diagnostic à évoquer est :

A. Atélectasie du lobe supérieur droit.

B. Pneumonie tuberculeuse.

C. Pneumonie alvéolaire du lobe supérieur droit.

D. Infarctus pulmonaire post embolique.

E. Néoplasie bronchique du lobe supérieur droit.

Ce patient a reçu deux cures d'antibiotique , l'évaluation clinique montre la persistance de la toux, la température est à 37,8°C, la radiographie de contrôle montre la persistance d'une opacité grossièrement arrondie à limites irrégulières au niveau de la moitié supérieure de l'hémithorax

40 Quels sont les examens complémentaires à demander :

1. FNS et hémoculture.
2. dosage des D. Dimères
3. fibroscopie bronchique.
4. Examen direct des crachats à la recherche du BK.
5. Tomodensitométrie thoracique.

Réponses : A : 1+3 B : 2+3 C : 3+5 D : 1+4 E : 2+5

Les résultats des examens para cliniques vous parviennent :

Microscopie direct des crachats à la recherche de bacilles tuberculeux : négatifs. Taux des D.dimères inférieure à 500 ng/L.

FNS:GB : 6000 éléments/mm3 (PN :56% , B :1% E : 2% , M : 14% L 27%) GR : 4,9 millions éléments/mm3 Hb :11g/100ml .

La TDM thoracique : masse de densité tissulaire à limite irrégulière du lobe supérieur droit, envahissant la veine cave supérieure et l'aorte ascendante, avec adénopathies hilaires droites et sous carinaires.

Fibroscopie bronchique retrouve un bourgeon obstruant partiellement la lumière de la lobaire supérieure droite avec éperon en regard épaissi. L'étude histologique de la biopsie du bourgeon est en faveur d'une prolifération de cellules atypiques polygonales agencées en palissade présentant un gros noyau avec atypies cytonucleaires, réunies entre elles par des ponts d'unions et une différenciation kératosique.

41. Votre diagnostic est :
   A. Tumeur carcinoïde.
   B. Carcinome à petite cellules bronchique.
   C. Carcinome épidermoide bronchique. .
   D. Adénocarcinome bronchique.
   E. Lymphome pulmonaire.

42. Dans le cadre du bilan pré thérapeutique, une échographie abdominale a été faite ne retrouve aucune anomalie .Quelle est la classification TNM :
   A. T2N2M1
   B. T3N3Mx
   C. T4N3MO
   D. T4N2MO .
   E. T2N3MO

43. Le traitement que vous préconisez chez ce patient est :
   1. Chirurgie d'exérèse.
   2. Chimiothérapie antimitotique.
   3. Radiothérapie.
   4. Chimiothérapie antimitotique et radiothérapie
   5. Traitement symptomatique

   Réponses : A : 1+2 B : 3+5 C : 2+5 D :1+3 E : 4+5

CAS CLINIQUE N° 11

Patiente de 22 ans, étudiante, sans antécédents médico chirurgicaux, consulte pour dyspnée d'effort, douleur rétro sternale, toux sèche, amaigrissement de 5 kg en un mois, sueurs nocturnes, prurit. L'examen clinique retrouve un état général médiocre, pâleur cutanéo-muqueuse, T° : 37,8°, FR : 22 cycles/min, TA : 120/80 mm Hg FC : 76 batt/min , poids :65Kg ,taille :168 cm. L'examen pleuro-pulmonaire : sans particularité, L'examen lympho-ganglionnaire : adénopathie cervicale droite de 2 cm de diamètre, ferme, mobile, non douloureuse sans signe inflammatoire.La radiographie thoracique de face : opacités hilaires et latérotrachéales bilatérales à limites externes nettes ,polylobées et limites internes confondues avec le médiastin . Le parenchyme pulmonaire ne révèle aucune anomalie .

44. Tous ces diagnostics sont à évoquer sauf un : lequel ?

A. Tuberculose ganglionnaire.
B. Lymphome malin.
C. Sarcoïdose.
D. Métastases ganglionnaires d'un cancer périphérique.
E. Adénopathies d'origine virale.

45 Quel est l'examen complémentaire à faire en priorité pour étayer votre diagnostic ?

A. Sérologies virales.
B. Fibroscopie bronchique.
C. Biopsie ganglionnaire.
D. TDM thoracique.
E. Frottis sanguin.

L'IDR à la tuberculine : 8 mm , la fibroscopie montre une compression extrinsèque de la bronche souche droite avec muqueuse saine. la TDM thoracique retrouve des adénopathies au niveau de toutes les loges médiastinales, compressives, associées à des adénopathies sus claviculaires droites. Le parenchyme pulmonaire ne présente aucune anomalie. Frottis sanguin normal.

Biopsie ganglionnaire : prolifération cellulaires atypiques faite de cellules de grandes tailles à noyaux volumineux bilobées symétriques largement nucléolés,des faisceaux de collagènes délimitent cette prolifération cellulaires.

46. Le diagnostic que vous retenez est le suivant :
A. Tuberculose ganglionnaire.
B. Lymphome malin Hodgkinien.
C. Sarcoïdose.
D. Métastases ganglionnaires d'un cancer périphérique.
E. Lymphome malin non Hodgkinien.

47. vous devez compléter le bilan par :
1. TDM abdomino-pelvienne.
2. Ponction-biopsie osseuse.
3. Examen ophtalmologique.
4. Examen du cavum.
5. TDM cérébrale.

Réponses : A :1+2 B :2+3 C :1+4 D :4+5 E :3+5

La TDM abdomino-pelvienne : présence d'adénopathies des chaines lombo-aortiques.

L'examen ophtalmologique ne retrouve aucune anomalie. Ponction biopsie osseuse montre une moelle riche, pas de cellules anormales.

TDM cérébrale : sans particularités. Examen du cavum : sans anomalies

48. Vous décidez de prescrire le traitement suivant :
A. Antituberculeux.
B. Corticothérapie.
C. Chirurgie seule.
D. Chimiothérapie antimitotique .
E. Chimiothérapie antimitotique + radiothérapie.

CAS CLINIQUE N° 12

Homme âgé de 48 ans, sans antécédents pathologiques, agriculteur , résidant à Batna, fumeur à 50 P /A, consulte pour fièvre, toux ramenant une expectoration verdâtre.
L'interrogatoire retrouve la notion de crachats hémoptoiques remontant à plusieurs jours.
A l'examen clinique : état général médiocre, pâleur cutanéo muqueuse, FR : 24 cycles/min, FC : 90 bat/min, TA : 120/70 mmHg, T° : 38 °C , Poids :73 kg , Taille : 1,70 m

A l'examen pleuro-pulmonaire : légère diminution des vibrations vocales aux champs pulmonaire gauche avec sub-matité du même côté.

La radiographie de face : retrouve au niveau de la moitié inférieure du champs pulmonaire gauche une image mixte de 8 cm de diamètre faite d'une opacité dense homogène,à limite inférieure nette, à limite supérieure ondulée, surmonté d'une clarté avec paroi épaisse.

49. Quel est le diagnostic à évoquer ?
A. Abcès du poumon
B. Cancer bronchique.
C. Kyste hydatique du poumon.
D. Caverne tuberculeuse.
E. Bulle d'emphysème surinfecté.

50. Quels sont les examens à faire pour l'orientation diagnostique?

1. Examens des crachats à la recherche de BK.
2. FNS avec Hémoculture.
3. TDM thoracique.
4. Sérologie hydatique ;
5. Fibroscopie bronchique

Réponses : A : 3+4 B : 1+5 C : 2+4 D :4+5 E :2+3

FNS:GB :12000 éléments/mm3(PN :80 % , B :1% E : 0% , M : 1 % L : 18%)GR : 5,1 millions éléments/mm3 Hb :12g/100ml .

TDM thoracique : Lésion de densité liquidienne du lobe inférieur gauche de 8 cm de diamètre avec présence d'une clarté en son sein ..Absence d'adénopathies médiastinales.

Microscopie directe des crachats à la recherche de BK : négatives. Sérologie hydatique par hémaglutination passive :1 /128ème .

Vous complétez votre bilan pré thérapeutique par les examens suivant .

1. Spirométrie.
2. Echographie abdominale.
3. Electrocardiogramme.
4. TDM cérébrale.
5. TDM abdominale.

Réponses : A : 1+3 B : 1+2 C :1+5 D :2+4 E :3+5

L'EFR : VEMS observé : 2,9 l (VEMS théorique : 3,5 l) CV observé : 3,4 l (CV théorique : 4 l) ,l'échographie abdominale sans anomalies, ECG :normal , TDM cérébrale et abdominale : ne retrouvent aucune anomalies.

52. Quel est votre conduite à tenir ?

A. Chimiothérapie antimitotique et radiothérapie.
B. Exérèse chirurgicale après antibiothérapie.
C. Antibiothérapie.
D. Chimiothérapie antituberculeuse.
E. Traitement antiparasitaire.

CAS CLINIQUE 13

Patiente âgée de 38 ans, secrétaire de profession, sans antécédents médico-chirurgicaux (non fumeuse, consulte pour toux sèche irritative ,douleur rétro sternale , faiblesse musculaire, le tout remontant à deux mois. A L'examen clinique : état général conservé, présence d'un ptosis de l'œil droit, Fatigue musculaire après mouvements répétés, FR : 20 cycles/min, FC : 70 batt/min, TA : 120/70 mm Hg , T° 37,2 °C , poids :64 kg , Taille : 1,65 m

La radiographie thoracique de face retrouve une opacité latérotrachéale bilatérale de 7cm de grand diamètre vertical, à limite interne confondu avec le médiastin, la limite externe nette ,régulière n'effaçant pas le bouton aortique et se raccordant en pente douce avec le médiastin.

53. Devant ce tableau radio-clinique vous évoquez les diagnostics suivant:

1. Un goitre plongeant.
2. Un neurofibrome.
3. Un kyste pleuro-péricardique.
4. Un lymphome malin.
5. Un thymome malin.

Réponses : A : 3+2 B : 1+4 C :2+5 D :4+5 E :1+3

54. Les examens paracliniques nécessaires pour l'orientation diagnostique sont :

1. TDM thoracique.
2. Fibroscopie bronchique.
3. Echographie thoracique.
4. Echographie cervicale.
5. IRM vertebrale.

A : 1+2 B : 2+3 C : 4+5 D :1+3 E :1+5

Les résultats vous parviennent : TDM thoracique :masse de densité tissulaire siégeant dans le médiastin antérieur, étage supérieur et moyen, bien limité sans envahissement des organes de voisinage. Absence d'adénopathies médiastinales.

Fibroscopie bronchique : compression extrinsèque de la bronche souche droite. Echographie thoracique et cervicale normales. IRM vertébrale ne révèle aucune anomalie.

55. Pour confirmer votre diagnostic, vous demandez les examens suivant :
A- Bilan thyroïdien biologique.
B- Echocardiographie.
C- Biopsie transthoracique.
D- Ponction_biopsie osseuse.
E- Echographie abdominale .

Bilan thyroïdien : taux normaux des hormones thyroidiennes.

Echocardiographie : cavités cardiaques non dilatés , fraction d'éjection systolique à 70 %. Absence d'épanchement péricardique. ponction-biopsie osseuse : moelle riche , absence de cellules atypiques. Echographie abdominale sans anomalie.

Biopsie transthoracique : tissu fait de cellules inflammatoires non spécifiques.

56. Vous décidez pour l'obtention d'un diagnostic de certitude de demander l'examen suivant à visée diagnostique et éventuellement thérapeutique :

A. Fibroscopie bronchique avec biopsie transbronchique.
B. Scintigraphie osseuse .
C. Thoracotomie à minima.
D. Refaire une ponction scannoguidée
E. Dosage des marqueurs tumoraux.

QUESTIONS D'ANATOMIE PATHOLOGIE

57. Un carcinome malpighien est dit bien différencié : RJ .
A. Lorsque l'on ne retrouve pas de nécrose
B. Lorsqu'on retrouve peu de mitoses anormales
C. Lorsqu'on retrouve de nombreuses atypies cytonucléaires
D. Lorsqu'on retrouve des globes cornés
E. Lorsque les cellules tumorales sont unies par des ponts d'union

58. Tous ces éléments sont en faveur d'une lésion histologique de sarcoidose sauf un lequel ?
A. Présence de cellules géantes de type Langhans .
B. Présence de nombreux polynucléaires .
C. Présence de nécrose fibrinoide
D. Présence de follicules épithélio giganto cellulaires d'âge différent
E. Présence de lymphocytes

59. La métastase : (cochez la réponse fausse)

A. Peut être mieux différenciée que la tumeur primitive
B. Signe la malignité d'une tumeur
C. Siège fréquemment au niveau du poumon
D. Peut être découverte avant la tumeur primitive
E. Disparait spontanément après exérèse de la tumeur primitive

60. La classification TNM : (cochez la réponse fausse)

A. S'applique aux tumeurs mésenchymateuses malignes
B. Est une classification anatomopathologique
C. Prédit le pronostic de la tumeur
D. Le T représente la taille de la tumeur
E. Le N précise le nombre de ganglions métastatiques

Bonne Chance